

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 14

Des Formes Neurologiques du Cancer du Poumon

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Septembre 1939

PAR

ÉMILE COURBETTE

Né à Montpellier, le 9 Février 1915

Externe des Hôpitaux de Montpellier
(Concours 1936)

Interne des Hôpitaux d'Avignon et de la Maternité du Vaucluse
(Concours 1938)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR en MÉDECINE



EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

{	MM. GIRAUD, Professeur.	<i>Président.</i>	
	EUZIÈRE, Profes.	{	<i>Assesseurs.</i>
	BAUMEL, Profes.		
	HARANT, Agrégé.		

JEAN SALVIGNOL, IMPRIMEUR
51, Rue de l'Aiguillerie et Place Notre-Dame
MONTPELLIER

1939

Des Formes Neurologiques
du Cancer du Poumon

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 14

Des Formes Neurologiques du Cancer du Poumon

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Septembre 1939

PAR

ÉMILE COURBETTE

Né à Montpellier, le 9 Février 1915

Externe des Hôpitaux de Montpellier
(Concours 1936)

Interne des Hôpitaux d'Avignon et de la Maternité du Vaucluse
(Concours 1938)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR en MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. GIRAUD, Professeur. *Président.*

EUZIÈRE, Profes.

BAUMEL, Profes.

HARANT, Agrégé.

} *Assesseurs.*

JEAN SALVIGNOL, IMPRIMEUR

51, Rue de l'Aiguillerie et Place Notre-Dame

MONTPELLIER

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie biologique et médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LIS'ONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	GIRAUD.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD.
Clinique obstétricale	MASSABUAU, assesseur.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE.
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	P. DELMAS.
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	FOUDET.
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT.
Clinique gynécologique	ETIENNE.
Clinique ophtalmologique	JANBRAU.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE.
Radiologie (ch. de c.)	DEJEAN.
Anatomie (ch. de c.)	TERRACOL.
Histologie (ch. de c.)	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale (ch. de c.)	LAUX.
	GRANEL.
	AIMES.

Honorariat

Professeurs honoraires :

M. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS
GALAVIELLE, BOSCH, VIREB, VILLARD, CABANNES, GRYNFEILT

Chargé de cours complémentaires

Pathologie externe	MOURGUES-MOLINES.
Médecine opératoire	ROUX, agrégé.
Chirurgie expérimentale	GUIBAL, agrégé.
Clinique physiologique	VIDAL, Prof.
Clinique propédeutique médicale	RIMBAUD, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	JANBON, Prof.
Stomatologie	Dr FERRIER ch de c.
Histoire naturelle médicale	Dr HARANT, agrégé.

Agrégés en exercice

Médecine. MM. P. RIMBAUD.	Chirurgie	MM. MOURGUES-MOLINES.
BOUCOMONT.	—	GUIBAL.
BERT.	—	ROUX.
	Urologie	TRUC.
	Chimie	MONNIER.
	Bactériologie	CARRERE.
	Ophtalmologie	DEJEAN.
	Obstétrique	CADERAS DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

GIRAUD, Professeur, Président.	BAUMEL, Professeur.
EUZIERE, Professeur.	HARANT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

à qui je dois ce que je suis.

A MA MERE

*humble hommage d'amour
filial.*

A MA FIANCEE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*qui ont partagé en ce vieil
Hôpital Sainte-Marthe mes
joies et mes peines et dont je
n'oublierai jamais la franche
cordialité.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOYEN EUZIERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JANBON

dont nous sommes fiers d'être l'élève.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
AGREGE GUIBAL

tant à l'Hôpital qu'en Conférence d'Internat, il fut pour nous à la fois un maître et un conseiller paternellement bienveillant. Nous avons contracté envers une lui une dette de reconnaissance dont nous ne pourrons jamais nous acquitter.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BER'T

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

*qui a bien voulu accepter de
diriger ce travail et de prési-
der notre thèse, hommage de
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOYEN EUZIERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
HARANT

AVANT-PROPOS

Comme le déclarait précédemment M. E. Sergent à l'Académie de Médecine, le cancer du poumon est de plus en plus fréquent.

Sans chercher à connaître les causes profondes de cette fréquence du cancer du poumon, sans même chercher à savoir si, comme le supposent certains auteurs et M. Rist, en particulier, ce nombre croissant de malades ne correspond pas à une réalité mais seulement au fait que le diagnostic est mieux posé aujourd'hui qu'autrefois, nous limiterons notre sujet à l'étude des manifestations neurologiques du cancer du poumon.

Nous voyons en effet avec le nombre croissant de cancer du poumon se multiplier les formes neurologiques de cette affection qui revêt chaque jour une actualité plus cruelle.

Dans cette étude nous considérerons d'abord les formes neurologiques causées par le développement local de la tumeur pulmonaire elle-même pour analyser ensuite les formes neurologiques d'ordre métastatique.

MANIFESTATION NEUROLOGIQUE
DU CANCER DU POUMON PROVOQUE
PAR LE DEVELOPPEMENT SUR PLACE
DE LA TUMEUR PULMONAIRE

Le cancer du poumon peut révéler sa présence par une symptomalogie nerveuse qu'il est facile de prévoir en considérant les rapports anatomiques qui existent entre le dome pulmonaire et les éléments nerveux qui traversent l'orifice supérieur du thorax.

Si nous considérons en effet ces rapports, nous voyons schématiquement que le dome pulmonaire est contigu à des filets nerveux importants qui sont : le nerf récurrent, le nerf phrénique, et la chaîne nerveuse sympathique cervicale.

A l'entrée du thorax le nerf phrénique passe entre l'artère sous clavière en arrière et la veine sous clavière en avant. Il donne à ce niveau un filet anastomotique pour le sympathique qui passe sous l'artère.

Les rapports du phrénique avec l'artère sous clavière sont un peu différents à droite et à gauche. En effet, tandis que le phrénique droit croise le premier segment ascendant de l'artère, le phrénique gauche croise ce vaisseau à la jonction de son trajet transversal cervical et de son trajet ascendant thoracique. A ce niveau, le pneumogastrique est en dedans du phrénique

et entre ces deux nerfs se trouve l'anse de Vieussens. Après avoir croisé les vaisseaux sous claviers, le phrénique obliquant en dedans s'applique directement sur le versant antérieur du dôme pleural en croisant l'artère mammaire interne.

Les rapports du récurrent avec l'appareil pulmonaire sont très différents à droite et à gauche, le récurrent droit en effet n'entre en rapport avec le dôme pleural qu'au niveau de son origine par la partie la plus déclive de l'anse qu'il décrit autour de l'artère sous clavière. Beaucoup plus importants sont les rapports du récurrent gauche: au moment où il passe sous la crosse aortique, le récurrent gauche, en effet, croise la face supérieure de la bronche gauche et chemine au milieu des ganglions péricarotobronchiques gauches.

Il nous suffira enfin de signaler les rapports de la chaîne sympathique thoracique avec la plèvre dont elle n'est séparée que par le mince fascia endothoracique.

Cette étude sommaire du rapport du dôme pleural avec les nerfs traversant l'orifice supérieur du thorax nous fait prévoir la symptomatologie nerveuse du cancer du poumon de l'apex. Nous allons en effet trouver des signes d'atteinte sympathique phrénique et récurrentielle.

Dès cet aperçu anatomique nous pouvons prévoir que le récurrent gauche sera beaucoup plus fréquemment atteint que le récurrent droit.

DES MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES DU CANCER DU POUMON

Comme nous l'indiquions au chapitre précédent, nous allons trouver les tableaux cliniques caractéristiques de l'atteinte des nerfs traversant l'orifice supérieur du thorax. Comme nous le montrerons dans un instant, ces divers tableaux pourront se mêler et s'intriquer si la tumeur a atteint par son développement propre plusieurs filets nerveux à la fois.

Pour chacune de ces atteintes nerveuses, nous ferons un tableau séméiologique succinct, nous efforçant de mettre en relief les signes importants. Nous illustrerons ensuite ces esquisses cliniques des observations que nous avons pu recueillir.

MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES
DU CANCER DU POU MON PROVOQUEES
PAR LE DEVELOPPEMENT IN SITU
DE LA TUMEUR

ATTEINTE DU NERF PHRÉNIQUE

L'atteinte du nerf phrénique se manifeste cliniquement par la paralysie d'un héli-diaphragme surtout visible à l'examen radiographique. Cette paralysie diaphragmatique est souvent accompagnée d'une compression du plexus cardiaque entraînant des précordialgies intenses et pongitives avec accès de palpitations. Ce syndrome clinique s'accompagnant fréquemment du syndrome médiastinal de Dieulafoy caractérisé par les accès de suffocations avec cornage dysphagie et toux coqueluchoïde.

Obs. de L. Bernard et J. Marie (Obs. 1)

Mme P..., 48 ans toussé, dyspnée depuis décembre 1927. En novembre 1928, amaigrissement et douleur de l'épaule gauche. A l'examen, signes cliniques de pleurésie gauche accompagnés d'une ponction blanche.

Examen radiographique : surélévation considérable de l'hémi-diaphragme gauche avec inversion des mouvements de la coupole diaphragmatique. On conclu qu'il existe une paralysie du nerf phrénique. Deux semaines après, apparition d'une voix bitonale due à la

paralysie du nerf récurrent gauche. L'examen radiographique du thorax montre alors une ombre s'étendant à tout le poumon. L'examen biopsique d'un ganglion sus-claviculaire confirme le diagnostic de cancer du poumon d'origine bronchique.

Obs. de Henry Schroeder (Obs. 2)

M. C. B..., vu le 13 avril 1922, est un homme bien conservé, âgé de 59 ans. Examiné une première fois en novembre 1921, on ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents. Les troubles qu'il présente le 13 avril 1922 remontent, dit-il, à la Noël. Il souffre de son membre supérieur droit, est dyspnéique et présente une légère expectoration. L'examen bactériologique des crachats est négatif ainsi que le Bordet-Wassermann. L'examen clinique montre une diminution du murmure vésiculaire à droite ainsi qu'une zone importante de matité. A l'examen radiographique on note l'existence d'une paralysie phrénique ayant déterminé l'ascension de l'hémi-diaphragme droit.

L'autopsie confirme le diagnostic de cancer du poumon.

ATTEINTE DU NERF RÉCURRENT

L'atteinte du nerf récurrent se manifeste à l'examen clinique par la constatation d'une raucité particulière de la voix avec dysphonie et spasme laryngé. A l'examen laryngologique, constatation d'une paralysie de la corde vocale en position cadavérique.

Obs. de Pouyet n° XXV (Obs. 3)

Un homme de 52 ans présente les signes fonctionnels d'une pneumopathie chronique: oppression, affaiblissement progressif et amaigrissement de 20 kgs. La voix de ce malade est couverte. La radiographie montre l'existence d'un pyopneumothorax. La paralysie de la corde vocale gauche ayant été signalée au radiologue en vue d'une ectasie possible de l'aorte, ce dernier trouve une aorte normale. On porte le diagnostic de tuberculose, cependant l'absence de bacille dans les crachats et la vérification de la paralysie de la corde vocale gauche par un laryngologiste, font rectifier le diagnostic en faveur d'un cancer pulmonaire. Le malade meurt cachectique et l'autopsie montre un néoplasme à forme cavitaire.

Obs. de Pouyet n° XXVI (Obs. 4)

M. P... Jean-Marie. 48 ans, mineur, ayant travaillé 25 ans dans la mine, est reçu à l'Hôpital, supposé atteint de tuberculose pulmonaire: il tousse depuis plusieurs mois, a considérablement maigri et depuis peu présente une voix couverte.

Examen: à gauche matité absolue aussi bien en avant qu'en arrière, faisant penser à l'existence d'un bloc important de tuberculose anthracosique. Cependant on ne

relevait aucun signe clinique important du côté droit ; d'ailleurs, l'examen des crachats était négatif. Cette discordance entre l'état des deux poumons fut confirmée par l'examen radioscopique et faisait rejeter l'hypothèse de tuberculose pulmonaire. Cet examen radiographique en effet montrait une opacité complète de tout l'hémi-thorax gauche et une transparence absolument normale à droite. La raucité de la voix étant apparue brusquement semblait en relation étroite avec l'état pulmonaire et faisait soupçonner le diagnostic de cancer du poumon. La paralysie de la corde vocale étant confirmée par un examen laryngologique, ce dernier diagnostic se trouva vérifié.

Obs. de Pouyet n° XXVII (Obs. 5)

Rob..., âgé de 60 ans, vu en consultation avec son médecin traitant en décembre 1926, pour un état pulmonaire datant de peu de temps en apparence. Ce malade avait jusqu'alors été considéré comme un cardio-rénal en raison d'une légère hypertension et d'une albuminurie passagère. De plus était apparu un léger œdème macéolaire vite disparu par le repos et le régime lacté. En octobre 1926 se produit une hémoptysie importante faisant soupçonner, chez ce malade, une lésion bacillaire latente. En réalité il existait un peu d'oppression depuis quelque temps mais que l'on mettait en rapport avec l'état cardiaque.

L'examen des poumons pratiqué à ce moment-là révéla une diminution de la sonorité à la percussion du sommet gauche, principalement en avant. On fit de nombreuses analyses de l'expectoration qui se trouvèrent toutes négatives. L'oppression augmentait rapidement ; elle apparaissait au moindre effort et l'état géné-

ral du malade s'altérait de jour en jour. Le tableau clinique se complète de l'apparition d'une légère température vespérale, avec anorexie complète. Au début du mois de novembre, le malade devient subitement enroué, prenant une voix nettement bitonale. A l'examen on retrouve la matité du poumon gauche déjà signalée, accompagnée d'obscurité respiratoire complète. Le poumon gauche est entièrement normal. On note encore une grosse inégalité pupillaire. Le diagnostic est posé de cancer du poumon avec paralysie récurrentielle.

Obs. de Paquet (Obs. 6)

D..., 58 ans, vient consulter pour dyspnée toux, mauvais état général datant de mai 1932. En septembre 1933, la dyspnée s'accroît et la voix devient nasonnée et bitonale. Un examen laryngologique confirme le diagnostic de paralysie du récurrent gauche.

Obs. de F. Laporte et L. Morel (Obs. 7)

Un malade âgé de 45 ans se plaint depuis quelques semaines de fatigue, d'amaigrissement, d'essoufflement, d'une toux légère avec expectoration banale et raucité de la voix. L'examen laryngologique permet de constater une paralysie de la corde vocale gauche. L'examen radiologique pratiqué pour décélérer la cause de cette paralysie montre: l'intégrité du cœur et de l'aorte, une ombre diffuse du poumon gauche à maximum hilair s'étendant presque au sommet et respectant l'extrême base avec quelques traces plus sombres partant du Hile, enfin une paralysie phrénique. Nous portons le diagnostic de cancer pulmonaire.

Dans les semaines qui suivent, on constate un syndrome pseudo pleurétique, un amaigrissement très marqué, une asthénie profonde, l'apparition d'une adénopathie sus-claviculaire gauche néoplasique vient confirmer le diagnostic que nous avions posé.

ATTEINTE DU NERF SYMPATHIQUE

Les lésions de la chaîne sympathique thoracique par le développement de la tumeur pulmonaire se manifestent cliniquement par des troubles vaso-moteurs au niveau de la face et des membres supérieurs ainsi que par le syndrome classique de Claude BERNARD HORNER.

Obs. Huguenin (Obs. 8)

Un homme de 47 ans a des douleurs thoraciques très vives, il tousse et sa température est de 39°. Une radioscopie montre une ombre opaque du sommet gauche se profilant vers la base pulmonaire. Apparaît ensuite un œdème important du membre supérieur et de l'hémiface gauche puis un syndrome de Claude BERNARD HORNER et une hémiparésie gauche qui précède de peu la mort. L'autopsie montre un épithélioma lobaire à localisation apicale.

Obs. Deschamp et Viillard (Obs. 9)

Un homme de 35 ans présente un état pneumopatique d'allure subaigue avec une température à 38°. Ni toux, ni dyspnée, ni expectoration, voussure de l'hémithorax gauche avec abolition des vibrations vocales; matité absolue. Le cœur est refoulé vers la droite, pas d'adénopathie, réflexes normaux, très grande dysphagie. La radiographie montre une opacité massive de tout le poumon gauche. Un syndrome typique de Claude BERNARD HORNER apparaît peu après du côté gauche. L'autopsie montre une énorme masse dure et blanchâtre englobant le poumon gauche, le cœur, l'œsophage et la trachée.

Obs. Henryk Pancoast (Obs. 10)

Historique: un homme âgé de 52 ans est admis à l'Hôpital universitaire en septembre 1921 dans le service du docteur SPILLER. Il se plaint de douleurs intenses axillaires gauches irradiées dans le bras. Violentes la nuit, ces douleurs empêchent le sommeil. Il présente ces douleurs depuis onze mois environ, intermittentes d'abord, continues maintenant. D'abord limitées à l'épaule, descendant ensuite jusqu'au coude et depuis deux mois arrivant jusqu'à la main.

A son admission on note une contraction de la pupille gauche avec énoptalmie et rétrécissement de la fente palpébrale. L'examen biopsique d'un ganglion axillaire révèle l'existence d'un cancer pulmonaire.

ATTEINTE MIXTE DES NERFS PHRÉNIQUE ET RÉCURRENT

Dans ce syndrome polyvalant nous allons retrouver juxtaposés les signes d'atteinte des nerfs néphrique et récurrent tels que nous les avons décrits au cours des chapitres précédents. Nous rappelons brièvement que les signes cardinaux en sont :

1° Voix bitonale avec constatation de la paralysie de la corde vocale correspondante ;

2° Immobilisation du diaphragme confirmée par l'examen radiographique avec abolition du murmure vésiculaire à l'auscultation.

Obs. Auchel n° XIII (Obs. 11)

Mme X..., 48 ans, présente de la toux, de l'asthénie, de l'amaigrissement, des douleurs violentes de l'épaule gauche. La voix est bronchophonique, l'examen pulmonaire dévoile à gauche et en avant une sonorité excessive de l'espace de TRAUBE jusque dans l'aisselle. En arrière une matité franche de la base avec abolition totale du murmure vésiculaire jusqu'à la pointe de l'omoplate. Un examen du larynx met en évidence une paralysie laryngée et un examen radioscopique permet d'établir que l'on se trouve en présence d'une paralysie phrénique avec ascension de l'hémi-diaphragme gauche en rapport avec une néoplasie médiastino-pulmonaire gauche.

Obs. Auchel n° VII (Obs. 12)

M. X..., 54 ans, présente une expectoration sanglante, se plaint de douleurs continues à la base du poumon gauche, il maigrit et sa voix est rauque. L'examen thoracique permet de constater en arrière et à gauche une zone de submatité avec diminution des vibrations voca-

les au niveau de la fosse sus-épineuse. A la base du thorax on perçoit une matité franche avec silence respiratoire. L'examen des crachats après homogénéisation reste négatif ; par contre, l'examen laryngologique montre une paralysie du récurrent gauche. A la radioscopie on constate une rétraction et une immobilisation de l'hémi-diaphragme gauche. D'après ces données on pense à une sclérose pulmonaire comprimant le récurrent gauche et le phrénique. Dans les semaines qui suivent, le malade présente des hémoptysies franches, l'examen des crachats restant toujours négatif. Le malade meurt de cachexie cancéreuse.

Obs. George n° XXVIII (Obs. 13)

P... Joseph, employé des pompes funèbres, âgé de 54 ans, entre à l'Hôpital de la Charité dans le service du professeur SERGENT, le 8 décembre 1927, pour affection pulmonaire aiguë. Antécédents héréditaires : père et mère morts de vieillesse. Antécédents collatéraux : 4 frères et 2 sœurs tous bien portants. Une sœur est morte à 30 ans de tuberculose pulmonaire. Antécédents personnels : le malade a contracté la syphilis à 25 ans, il n'a jamais présenté dans la suite de manifestations cliniques de syphilis évolutive. En mars 1927, il a subi l'extraction massive de toutes ses dents qui étaient cariées.

Histoire de la maladie : le début des manifestations pulmonaires remonte au mois de mai 1927. Bien portant jusqu'alors, le malade a présenté à cette date un épisode pulmonaire brusque caractérisé par un point de côté sous-mammellaire gauche. En même temps sont apparus de la toux et des hémoptysies répétées de sang rouge. L'état général est assez profondément atteint.

La température oscille entre 38° et 39°. Les sueurs sont fréquentes. Ces manifestations durent trois semaines environ; progressivement la température est redevenue normale, les hémoptysies ont disparu et le malade part à la campagne. En septembre, il revient à Paris et le médecin qui l'avait soigné en mai constatant chez lui des signes de grosse congestion pulmonaire gauche, remarque alors la persistance du côté gauche d'une matité importante avec diminution du murmure vésiculaire; ensemble de signes faisant penser à un épanchement pleural. Cependant, ce malade est en apparence bien portant, il n'a pas maigri et sa température est normale. Les signes physiques pulmonaires persistent en s'accroissant légèrement en octobre et novembre, mais de plus le malade présente des troubles progressivement croissants de la voix qui devient rauque et bitonale. Un examen laryngologique pratiqué à ce moment montre que les modifications de la voix sont en rapport avec une paralysie des cordes vocales. Une expectoration muco-sanglante extrêmement abondante et d'odeur gangréneuse est apparue. Les signes cliniques respiratoires restent inchangés. Les pupilles sont absolument normales. L'examen radiographique montre en dehors de l'opacité pulmonaire une élévation importante de l'hémidiaphragme gauche qui reste immobile durant l'inspiration. Les hémoptysies deviennent de plus en plus fréquentes et le malade meurt au cours de l'une d'elles dans la nuit du 5 au 6 janvier 1928.

En résumé, cancer du poumon ayant atteint les nerfs phrénique et récurrent.

Obs. Bezançon et Oumanski (Obs. 14)

Homme 38 ans, chez lequel apparaît brusquement une dysphonie progressivement croissante aboutissant à une extinction à peu près complète de la voix qui reste à certains moments bitonale. Ce malade présente en outre des crises de dyspnée paroxystique avec dysphagie importante. Le malade a des antécédents pulmonaires chargés, mais cliniquement les signes sont discrets. On relève seulement une légère submatité correspondant à une zone de silence au niveau de la partie moyenne du poumon gauche. A droite, légère rudesse respiratoire. Peu d'expectoration. Radiographie: large opacité médiastinale qui, à gauche, empiète largement sur le champ pulmonaire. La biopsie d'un ganglion cervical vient confirmer le diagnostic de cancer du poumon.

ATTEINTE DES NERFS PHRÉNIQUES ET SYMPATHIQUES

Ici encore nous allons retrouver une symptomatologie mixte relevant à la fois de l'atteinte sympathique et de l'atteinte phrénique. Nous allons donc trouver dans les observations qui suivent, juxtaposés ces deux syndromes, c'est-à-dire que les signes cardinaux vont être les suivants :

1° Matité pulmonaire avec abolition du murmure vésiculaire et immobilisation diaphragmatique ;

2° Troubles vaso-moteurs au niveau de la face et des membres supérieurs ; syndrome de Claude BERNARD HORNER.

Obs. Arnaud et J. A. Paillas (Obs. 15)

Une femme de 50 ans est atteinte de paralysie indolore de DUCHENNE ERB gauche associée à une paralysie phrénique homolatérale accompagnant une adénopathie latente du creux sus-claviculaire. Secondairement apparaît une compression veineuse avec œdème du membre supérieur ; les radiographies thoraciques restent négatives alors qu'une biopsie indique le siège pulmonaire du cancer primitif.

Obs. Courcoux et J. Lereboullet (Obs. 16)

Mme R..., âgée de 66 ans, cuisinière de son état, entre à l'Hôpital BOUCAUT le 4 mai 1928 pour des douleurs dans le bras droit et des phénomènes pulmonaires caractérisés par une toux persistante et des hémoptysies répétées, datant de plusieurs années. Ses antécédents héréditaires et collatéraux ne présentent rien qui puisse retenir l'attention. Jusqu'à l'âge de 60 ans, elle dit avoir été bien portante, elle a subi une hystérectomie il y a 6 ans. C'est il y a deux ans qu'elle a commencé à

ressentir des douleurs très vives de l'épaule droite irradiant dans tout le bras droit. Ces douleurs sont devenues de plus en plus intenses et se sont accompagnées à partir du mois de janvier 1928 d'une impotence fonctionnelle progressive de la main droite avec sensation paresthésique: fourmillements, picottements, engourdissements et lourdeur du membre. Concurrément, la malade a présenté des phénomènes pulmonaires. Ce fut d'abord un épisode étiqueté congestion pulmonaire: point de côté thoracique droit, température entre 38° et 39°, expectoration contenant quelques filets sanguinolents. Deux examens de crachats pratiqués dans un laboratoire de banlieue ont montré alors la présence de B. K. En 1927, quelques crachats hémoptoïques apparaissent de nouveau ainsi qu'en janvier 1928. La température atteignit alors 39°. Un médecin vit alors la malade et diagnostiqua un foyer de pneumonie droite: les crachats étaient à ce moment devenus épais, purulents et parfois rouillés. Un examen bactériologique montra à nouveau la présence de B. K. La température oscillait entre 39° et 39°5. La langue était saburrale, nullement sèche, il n'y avait ni dyspnée ni herpès, les urines étaient normales. Cet épisode qui dura trois semaines laissa la malade épuisée et amaigrie. Au début de février 1928, nouvelle hémoptysie moins abondante et de sang plus noir durant une semaine de jours et accompagnée d'une élévation de la température à 39°. Le 17 février nouvelle hémoptysie qui dure deux jours. Depuis, la malade continue à constater quelques stries sanglantes dans ses crachats.

Cette malade entre alors à l'Hôpital. A noter, du côté pulmonaire, toux légère, expectoration banale et peu abondante, douleur localisée à la partie supérieure de

l'épaule droite et à la région cervicale. Ces douleurs survenant par crises. Le bras droit paraît lourd et la malade ressent à ce niveau des douleurs continues avec quelques exacerbations. Ces symptômes se font surtout sentir au niveau de la face interne de l'avant-bras droit et des trois derniers doigts de la main qui, de ce fait, est à peu près impotente. L'état général est très déficient, la température oscille entre 37°5 et 38°. A l'examen plus détaillé on est frappé par le net rétrécissement de la fente palpébrale droite; le myosis est manifeste de ce même côté. La peau de la pommette droite est plus lisse que du côté gauche un peu aminci ayant une légère tendance à la desquamation. On ne constate aucun signe de paralysie faciale. Il n'y a pas de signe d'ARGYLL ROBERTSON. Au niveau du membre supérieur droit on constate les phénomènes suivants: une circulation veineuse collatérale à la partie antérieure de l'épaule, la force segmentaire est normale au niveau de l'épaule, du bras et de l'avant-bras; par contre, au niveau de la main il y a diminution très notable de la force de préhension et de la force des muscles interosseux. Les muscles des éminences thénar et hypothénar sont atrophiés. La peau de la pomme de la main est anormalement plissée, au niveau du dos de la main on observe un plissement de la peau, de la partie interne, et de la peau des trois derniers doigts. On constate en outre un peu d'œdème très localisé à la moitié interne du dos de la main. La partie interne et dorsale de l'avant-bras droit présente une peau plissée et écailleuse. Les réflexes sont normaux, la sensibilité normale au niveau de l'épaule et du bras. A l'avant-bras et au dos de la main existe une zone d'anesthésie de la partie interne

du dos de la main s'étendant jusqu'au niveau des articulations métacarpophalangiennes des trois derniers doigts et de la même moitié de la face postérieure de l'avant-bras. Le reste de la main est plutôt hyperesthésique. Ce territoire d'hyperesthésie paraît correspondre à une partie du territoire des racines C. 8 et D. 1.

Le reste du système nerveux est absolument intact.

L'examen de l'appareil respiratoire montre : à l'inspection du thorax un gonflement œdémateux siégeant au niveau du creux sus-claviculaire avec empâtement et douleur à la pression. A la palpation il semble que les vibrations soient plutôt exagérées au sommet droit. La percussion révèle en avant une matité nette, au niveau du sommet, en arrière une matité franche de tout le sommet sur une hauteur de 5 travers de doigt. A l'auscultation on entend en arrière un souffle rude au sommet droit sans pectoriloque ni râle à la toux. En avant, quelques râles humides ont été perceptibles durant quelques jours. A l'examen radioscopique on constate que le sommet de l'hémithorax droit est complètement voilé par une ombre opaque qui descend au-dessous de la clavicule et s'arrête par une ligne courbe à convexité supérieure. On s'aperçoit en outre que l'hémi-diaphragme droit se trouve remonté et immobile durant l'inspiration. L'examen des crachats a toujours été négatif.

Vers le 12 juin, la malade présente une poussée fébrile avec expectoration sanglante. Elle présentera ainsi à divers intervalles des épisodes semblables avec petites hémoptysies. Les douleurs sont d'intensité très variable.

Vers le 10 août, nouvel épisode fébrile à la suite duquel la température reste suspendue au-dessus de 38°. Les douleurs du membre supérieur droit deviennent continues et plus vives; à la région sus-claviculaire apparaît une masse dure et douloureuse. La toux devient fréquente, la respiration courte et saccadée, la base du poumon droit s'encombre de râles humides et la malade meurt très amaigrie le 22 août. L'autopsie confirme le diagnostic de cancer du poumon.

Quelles sont les considérations que nous pouvons faire après l'examen des observations que nous venons de donner ?

Tout d'abord, nous voyons que souvent les manifestations neurologiques prennent le pas sur les manifestations respiratoires elles-mêmes et ce fait suffit à nous montrer l'importance que nous devons accorder à ces manifestations nerveuses.

En analysant de plus près ces manifestations neurologiques de cancer du poumon, nous voyons que les signes nerveux semblent se développer en deux temps. Tout d'abord, nous pouvons discerner une phase nerveuse d'ordre irritatif, phase essentiellement transitoire et à laquelle succède une phase définitive de paralysie. Les manifestations paralytiques, en effet, ne se produisent généralement pas d'emblée et nous relevons dans la majorité des observations des signes importants d'excitation nerveuse ayant précédé l'apparition de la paralysie. Ces signes sont souvent discrets, ils sont évidemment variables selon le territoire nerveux intéressé mais ils sont indéniables. A la lecture de chaque observation nous voyons en effet, quelques crises vaso-motrices de la face précéder l'apparition d'un syndrome de Claude BERNARD HORNER typique ; nous voyons quelques signes de dyspnée devancer l'immobi-

lisation définitive du diaphragme; une légère dysphonie précéder la voix bitonale caractéristique de la paralyse de la corde vocale.

Malgré tout, cette phase d'irritation nerveuse par la tumeur pulmonaire n'est que passagère et ne doit en aucune façon prendre une importance comparable à celle de la phase paralytique.

De la lecture des observations que nous mentionnons dans les chapitres précédents, nous pouvons enfin tirer les éléments importants du diagnostic de cancer du poumon infiltrant les troncs nerveux qui traversent l'orifice supérieur du thorax. Ces signes sont essentiellement : du côté des manifestations respiratoires : la matité accompagnée d'abolition du murmure vésiculaire ; l'ombre radiologique à contour net; l'expectoration rouillée. Du côté nerveux, les signes de paralysie précédés de quelques manifestations discrètes d'ordre irritatif. A la phase paralytique le syndrome de Claude BERNARD HORNER ; la paralysie de la corde vocale, la paralysie du diaphragme.

MANIFESTATIONS NERVEUSES D'ORDRE METASTATIQUE

Le cancer du poulmon produit souvent des métastases nerveuses. Ces métastases se produisent soit au niveau de la moelle épinière, soit au niveau de l'encéphale. Le mode de production de ces métastases est lui-même essentiellement différent selon les deux cas envisagés. En effet, si dans la métastase encéphalique il s'agit d'un transport véritable à distance d'un foyer tumoral; dans ce que nous désignons sous le terme de métastase rachidienne, il s'agit d'un envahissement local progressif du rachis par une tumeur pulmonaire contigue.

Les manifestations neurologiques de ces tumeurs pulmonaires ayant envahi le rachis étant essentiellement différentes des phénomènes précédemment étudiés; pour les mieux séparer de l'atteinte des troncs nerveux particuliers, nous les considérerons sous le vocable de manifestations métastatiques, quoique ce terme se trouve en partie inexact.

METASTASE RACHIDIENNE DANS LE CANCER DU POUMON

Dans ce cas particulier de métastase du cancer du poumon, les manifestations neurologiques dues à l'envahissement du rachis par la tumeur, il est facile de prévoir que ce syndrome clinique évoluera en deux phases distinctes : une phase d'excitation médullaire et une phase de paralysie. La phase d'excitation médullaire souvent écourtée fait cependant rarement défaut. Elle se manifeste fréquemment par des douleurs thoraciques à type névralgique et des phénomènes paresthésiques au niveau des membres.

Obs. Pouyet XII (Obs. 17)

Malade entré à l'hôpital en raison de douleurs siégeant à la partie supérieure du thorax gauche ; il ne tousse pas et n'offre pas de troubles marqués de l'état général. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien de spécial. A l'écran on a la surprise d'apercevoir une grosse masse très obscure contre le bord gauche de la crosse aortique ; masse dont les contours sont nets et précis non animé de battement. Cette masse se continue d'une telle manière avec la crosse aortique que le diagnostic d'ectasie est envisagé, puis rejeté en l'absence de toute autre signe. En effet, il n'existe aucun battement au niveau de la fourchette sternale, pas de souffle ; aucune inégalité pupillaire. L'examen respiratoire est absolument négatif. Le BORDET-WASSERMAN est négatif.

Le malade se plaignant avec insistance de points douloureux vertébraux, on recherche radiologiquement

les signes du Mal de Pott; mais tous les examens de la colonne vertébrale restent négatifs. De temps à autres, les auscultations permettent de percevoir quelques râles sous-crépitaⁿts fins après la toux et contre la colonne vertébrale, à gauche. Dans la suite, le malade qui avait quitté le service essayait de reprendre son travail, mais il devait à nouveau se faire hospitaliser se plaignant toujours de douleurs thoraciques irradiant dans le membre supérieur gauche; il présente en plus de la dysphagie, il éprouve une dyspnée d'effort notable mais tousse peu et ne crache toujours pas. L'état général est très altéré; l'ombre radioscopique révélée lors du précédent séjour est retrouvée, mais elle est notablement augmentée et atteint en dehors le bord axillaire. En bas, elle semble déborder la ligne scissurale interlobaire et offre un contour très net, régulièrement arrondi. Aucun battement n'est visible. Plusieurs ponctions exploratrices sont pratiquées mais elles sont toutes négatives. Quelques semaines plus tard le malade, qui se plaignait depuis deux jours de dysurie est en état de paraplégie spasmodique accompagnée de rétention vésicale complète; signe de BABINSKI, trépidations épileptoïdes du pied avec exagération des réflexes. Décès deux mois et demi après l'apparition de cette paraplégie. Autopsie : volumineux cancer du lobe supérieur du poumon gauche avec métastase vertébrale à la partie supérieure de la colonne dorsale.

Obs. de Monier, Vinard

et Maurice Brunel (Obs. 18)

Mme S., âgée de 66 ans, est entrée dans notre service le 30 avril 1936, pour une paraplégie, les antécédents

pathologiques ne comportent rien qui mérite d'être retenu.

En décembre 1935, elle souffre pendant plusieurs jours d'une douleur localisée vers la pointe de l'omoplate droite; cuisante, continue, rebelle. Cette douleur disparut spontanément en janvier 1936. Mais, à ce moment, apparaissent des algies rebelles et violentes siégeant d'abord dans la hanche gauche puis dans le dos. Ces douleurs étaient hemi-thoraciques droites et irradiées en ceinture autour du thorax jusqu'aux creux épigastrique et se propageaient aussi vers la région lombaire inférieure. Ces douleurs étaient continues et sourdes, présentaient des paroxysmes et empêchaient le sommeil. Au début du mois d'avril, elle présente un ictère léger apyrétique qui disparaît au bout de 15 jours. Le 25 avril 1936 elle ressent dans les 2 cuisses, des douleurs lancinantes et éprouve une légère impotence des membres inférieurs. La marche demeure cependant possible jusqu'au 28 avril, mais brusquement, ce jour-là, la paralysie des membres inférieurs devient totale. Elle entre dans nos salles le 30 avril très amaigrie et anorexique. La paralysie des membres inférieurs est complète, aucun mouvement volontaire n'est possible, les réflexes tendineux rotuliens et achilléens, sont très faibles; le réflexe cutané plantaire est parfois obtenu en extension. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis. Pas de réflexe d'automatisme médullaire.

Sensibilité: troubles subjectifs, douleurs en éclair dans les deux jambes et fourmillements au niveau des cuisses. Troubles objectifs: anesthésie complète au contact, et à la pique au chaud et au froid dans toute l'étendue des membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc. La limite supérieure de l'anesthésie

s'arrête en avant à 5 cm au-dessus de l'ombilic, en arrière à la 8^e apophyse dorsale, les troubles sphinctériens sont très importants; rétension complète de l'urine et constipation absolue.

Des troubles trophiques s'installent rapidement: rougeurs, puis escarres du sacrum, œdème segmentaire de la partie inférieure des jambes. L'examen du rachis montre une légère scoliose dorsale à convexité droite et à sommet en D. 5. Légère douleur à la percussion de l'apophyse épineuse de cette vertèbre. Les poumons sont cliniquement normaux, la malade ne tousse pas, ne crache pas, n'a aucune gêne respiratoire, l'examen stéthacoustique est complètement négatif. Le 6 mai on pratique une ponction lombaire et l'épreuve de QUECKENSTAEDT montre un blocage complet. Le liquide céphalo-rachidien est fortement xanthochromique. Grosse dissociation albumino-cytologique. Taux d'albumine 3 gr. 50 par litre. Le BORDET-WASSERMAN est négatif aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. L'examen radiographique montre :

1° Une lésion des cinquièmes et sixièmes vertèbres dorsales dont les corps sont tassés et moins opaques, les disques intervertébraux sont conservés;

2° Dans l'angle trachéo-bronchique on voit une masse arrondie opaque délimitée par un contour net de la grosseur d'une petite mandarine.

Dix jours après son hospitalisation, l'état de cette malade s'était considérablement aggravé. Les douleurs en ceinture sont devenues intolérables surtout la nuit et imposaient l'administration de morphine. Les troubles sphinctériens et les escarres ne font que s'accroître et la malade succombe le 15 mai.

Autopsie: le poumon gauche montre appendu à son lobe supérieur un noyau dur de couleur rougeâtre et de la grosseur d'un gros marron. L'examen histologique de cette pièce montre l'existence d'un cancer bronchique. Le bloc vertébral prélevé entre les 5^e et 8^e vertèbres dorsales montre à l'examen histologique l'existence d'une métastase de la tumeur pulmonaire à ce niveau.

Obs. de Mignot (Obs. 19)

Homme de 36 ans, admis pour état fébrile avec affaiblissement général. Ce malade se plaint de tousser, de cracher et accuse une douleur dans le côté gauche du thorax mais n'a jamais eu d'hémoptysie. Il fait remonter le début de ces accidents à deux ans et demi auparavant, à la suite d'un état grippal. A son entrée, aspect général satisfaisant, anorexie, asthénie et amaigrissement. Depuis six mois, fièvre oscillant entre 38 et 39°. L'examen respiratoire fait percevoir une rétraction de l'hémithorax gauche avec diminution des vibrations vocales et de l'amplitude respiratoire; matité franche en arrière, pas de bruits adventices à l'auscultation. La radiographie confirme les données de l'examen clinique. L'hémithorax droit est clair et contraste avec l'opacité de tout le champ pulmonaire gauche; la coupole diaphragmatique est noyée dans cette opacité; le cœur est dévié vers la gauche. Plusieurs recherches du B. K. se trouvèrent négatives et firent éliminer le diagnostic de sclérose tuberculeuse. La syphilis devait davantage retenir l'attention. En effet, à l'âge de 18 ans, le malade signale avoir présenté une éruption non prurigineuse du tronc et du bras ayant duré 2 mois. Il présente en outre des vergetures disséminées sur le tronc,

l'abdomen et les membres. La réaction de BORDET-WASSERMAN était d'ailleurs nettement positive. Le traitement anti-syphilitique institué s'avéra sans résultat; les signes physiques ne firent que s'accroître et, au mois d'octobre, on notait un affaissement total de l'hémithorax gauche avec immobilité et silence respiratoire. Une nouvelle radiographie révélait l'existence de l'opacité déjà signalée et considérablement augmentée. Pendant les mois qui suivirent, l'état général continuait à décliner, l'amaigrissement s'accroissait, la fièvre était continue, et le cœur commençait à manifester sa souffrance dans ce bloc de sclérose. Devant l'insuffisance du traitement spécifique, on pense par thoracoplastie libérer les adhérences et M. TUFFIER intervient le 29 juin. Il rencontre un poumon gauche de consistance ligneuse sur toute sa hauteur et deux ponctions restant négatives, on pose le diagnostic de tumeur primitive du poumon. Un mois plus tard, le malade revient dans le service, on note alors en arrière et en haut un souffle bronchique et en bas un peu de broncho-œgophonie; on pense à la possibilité d'un épanchement pleural, mais une ponction exploratrice infirme ce diagnostic. L'état du malade empire chaque jour et au mois d'octobre on sent au niveau de la ponction exploratrice un petit nodule sous-cutané dont on fait la biopsie. Cet examen histologique montre qu'il s'agit d'un cancer primitif du poumon. Dans les dernières semaines apparurent des signes de métastase dans le rachis: douleurs extrêmement violentes irradiées en ceinture dans le dos et dans les membres inférieurs. Durant les mois de janvier, février, les phénomènes douloureux prédominent, continus et paroxystiques non calmés par la morphine. La dyspnée s'installe avec perte de sensibilité des membres inférieurs sans trouble mo-

teur. La paralysie intestinale apparaît ainsi que la paralysie vésicale et le malade meurt le 24 février 1926.

Obs. de Froment et A. Guichard (Obs. 20)

D. Alphonse, 61 ans, le malade entre le 24 juin 1933, pour radiculite. Dans les antécédents, nous notons une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 30 ans. Il avoue en outre un éthylisme moyen ainsi que la syphilis. L'affection actuelle remonte à trois mois. Elle aurait débuté en mars 1933 par des douleurs lombaires que le malade compare à un courant électrique. Depuis ce moment, les douleurs continuent et le malade souffre actuellement d'une façon constante de sa région lombaire; ces douleurs irradient dans les deux jambes le long du nerf sciatique sous forme de douleurs fulgurantes exagérées par la marche et la station debout. A l'examen la marche est possible, il n'y a pas de signes de ROMBERG. Pas de diminution de la force musculaire des membres inférieurs, pas de trouble de la sensibilité. Aucun signe d'irritation pyramidale. Les deux achilleens sont abolis.

Examen oculaire: pupille gauche légèrement irrégulière, pas de diplopie, fond d'œil normal, pas d'ARGYLL-ROBERTSON. L'examen de la colonne vertébrale ne montre aucun point douloureux particulier, aucune gibbosité. Mais le malade se plaint d'une douleur rachidienne diffuse et généralisée. A la ponction lombaire on retire un liquide clair contenant un taux d'albumine de 0 gr. 90, le QUECKENSTAEDT est libre, le BORDET-WASSERMAN est négatif et la tension du liquide céphalo-rachidien est normale. Une radiographie de la colonne lombo-sacrée est négative. Un mois plus tard, apparition de troubles moteurs empêchant le malade de remuer les jambes. Les réflexes rotuliens sont vifs et les achilléens

abolis. Il existe en outre un signe de BABINSKI bilatéral indiscutable. On note de plus une thermo-analgésie du membre inférieur droit remontant jusqu'au pli de l'aîne. Il y a en outre incontinence d'urine et parésie intestinale. Il s'agit donc d'une paraplégie flasque spasmodique avec ébauche de syndrome de BROWN SEQUARD et dissociation albumino-cytologique. On conclue à l'existence d'une paraplégie par compression. Le 7 août 1933, on pratique une nouvelle radiographie du rachis qui montre une 9^e vertèbre dorsale pratiquement disparue. Au niveau de la sixième vertèbre dorsale existe une courbure du rachis avec vertèbre floue et décalcifiée. Il semble que l'on puisse éliminer le diagnostic d'arthropathie tabétique vertébrale et celui de mal de Pott, pour s'arrêter au diagnostic de néoplasie de la colonne vertébrale. A la fin du mois d'août, la paraplégie est devenue flasque avec aréflexie tendineuse et cutanée. Le malade meurt le 4 octobre 1933. Le poumon droit présente dans son lobe moyen une nodule néoplasique de la grosseur d'une prune. Le rachis au niveau de D. 9 présente extérieurement un bourgeon néoplasique en saillie.

Obs. de G. Guillaïn et J. Sterne (Obs. 21)

M. V., âgé de 55 ans, est admis à la clinique neurologique de la Salpêtrière le 26 mars 1935 pour douleurs paroxystiques du membre supérieur gauche. Celles-ci ont débuté au mois de janvier 1935 alors que le sujet était en parfaite santé. Les douleurs siègent le long du bord interne du membre supérieur gauche de l'aisselle à l'extrémité des 4^e et 5^e doigts ainsi qu'à la partie externe de l'hémithorax gauche. Elles ont un caractère de brûlures à la fois sourdes et intolérables avec paroxys-

miè durant lesquels apparaissent les sensations de crampes et de fourmillements. Ces douleurs surviennent en général le soir ou la nuit et ne sont calmées que par des injections de morphine. Durant les crises paroxystiques on note en outre des phénomènes vasomoteurs importants tels que: rougeurs et gonflement des trois derniers doigts de la main gauche. A l'interrogatoire, on peut faire préciser que le malade a considérablement maigri et se trouve en état d'anorexie complète. Il tousse quelque peu et présente quelques crachats rouillés. A l'examen, ce malade se présente comme un sujet fatigué, pâle, amaigri, subfébrile. On constate l'existence d'un syndrome de CLAUDE BERNARD HORNÉ gauche, le membre supérieur gauche qui est le siège des douleurs ne présente aucune paralysie globale ni diminution de la force segmentaire. Les troubles sensitifs objectifs sont nets et consistent en une bande d'hyposthésie très marquée à tous les modes. Cette bande d'anesthésie occupe la moitié inférieure du bord interne du bras et sous le bord cubital de l'avant-bras et de la main gauche. Les muscles des éminences thenar et hypothénar sont atrophiés ainsi que les interosseux. Tous les réflexes tendineux et périostés des membres supérieurs et inférieurs sont vifs, égaux et symétriques. Les réflexes cutanés sont normaux, il n'existe pas d'ARGYLL ROBERTSON. Dans le creux sus-claviculaire gauche existe une masse dure, rouge, adhérente au plan profond, donnant l'impression d'une tuméfaction ganglionnaire. L'examen respiratoire montre l'existence d'une légère matité de la fosse sus-épineuse gauche. La réaction de BORDET-WASSERMAN est négative, les crachats ne contiennent ni cellules méloplasiques ni B. K. L'examen radiographique a montré

d'une part l'intégrité du rachis cervical dorsal, d'autre part, à l'extrême sommet du poulmon gauche, l'existence d'une ombre dense et parfaitement homogène. Le diaphragme n'est ni paralysé ni surélevé. La novocaïnisation du plexus brachial gauche et de la région du ganglion stellaire a fortement atténué les douleurs. Une semaine après, est apparue brusquement une rétension d'urine suivie quelques heures plus tard d'une paraplégie complète avec abolition de tous les réflexes tendineux et cutanés. Au bout de 24 heures, la température s'élève à 39°, le malade devient dyspnéique et la famille l'emporte agonisant.

Obs. Ricaldoni (Obs. 22)

Malade de 65 ans, présentant un syndrome de DÉJÉRINE KLUMPKE, symptomalogie douloureuse et parétique dans le domaine de C. 8 et D. 1. avec syndrome de Claude BERNARD HORNER du même côté sans aucun signe pulmonaire. Le liquide céphalo-rachidien est normal, BORDET-WASSERMAN négatif. La mort survient brusquement. A l'autopsie: cancer du dome pleuro-pulmonaire avec infiltration méoplasique de la première dorsale et atrophie dégénératrice du cubital, du brachial cutané interne et de son accessoire.

Obs. de Henry K. Pancoast M. D. (Obs. 23)

H. N., homme âgé de 36 ans, admis dans le service du Docteur STENGEL et KERN le 22 janvier 1922; il se plaint de douleurs localisées à l'épaule gauche et datant de 4 mois. Ces douleurs d'abord limitées au bord interne de l'épaule occupent à présent le bras et l'avant-bras. Ces douleurs ne sont pas constantes, elles sont nocturnes et accentuées par le mouvement. A l'examen

on note la chute de l'épaule gauche, la diminution de l'expansion thoracique, le murmure vésiculaire est prolongé et l'expiration un peu soufflante au sommet gauche. La thyroïde était légèrement augmentée de volume. Il existe, en outre, une légère adénopathie axillaire, les pupilles sont inégales, le BORDET-WASSERMAN négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Un diagnostic provisoire de tumeur de la moelle est porté. Un examen radiologique pratiqué le 24 janvier se montre négatif, le malade quitte l'Hôpital le 10 février.

Il revient dans le service le 28 mars pour accroissement de sa douleur et amaigrissement de 7 kgs. Les signes d'atteinte sympathique sont importants, on note, à droite des phénomènes paresthésiques sans atrophie musculaire. Le 30 mars, un examen radiologique montre une raréfaction osseuse de l'apophyse transverse de la deuxième dorsale, au niveau du thorax on aperçoit une masse sombre à contours nets occupant le sommet du poumon gauche. Le diagnostic de cancer du poumon avec métastase rachidienne est porté alors et un traitement radiothérapique est institué.

Obs. de Henry K. Pancoast M. D. (Obs. 24)

W. S., homme de 60 ans, vient en consultation pour douleurs de l'épaule gauche étiquetées névralgiques en raison de la profession du malade : livreur de glace. Un traitement salicylé ne donne aucun résultat, une radiographie de l'épaule est pratiquée et ne permet aucune constatation intéressante. On porte le diagnostic de névralgie du plexus brachial. Deux semaines plus tard, on diagnostique l'existence d'une bursite inflammatoire. Une nouvelle radiographie montre l'existence

d'un voile diffus du sommet droit. En septembre, le membre supérieur droit est complètement impotent et la douleur qui siège au niveau de l'épaule irradie jusqu'au poignet. Cette douleur résiste à la morphine. Le docteur REISMAN confirme alors le diagnostic de névralgie du plexus brachial. Deux mois plus tard, apparition d'un ptosis et myosis de l'œil droit. Un nouvel examen radiographique est pratiqué ; il montre l'existence d'une tumeur de l'apex du poumon droit sous la forme d'une ombre diffuse et très dense. On institue un traitement par irradiation profonde. Le malade meurt le 24 janvier suivant. L'autopsie confirme le diagnostic d'endothélioma infiltrant de la plèvre et du rachis dorsal supérieur.

Obs. de Henry K. Pancoast M. D. (Obs. 25)

B. S., 61 ans, envoyé pour douleur de l'épaule gauche avec le diagnostic de côte cervicale. Une radiographie pratiquée montre qu'il n'existe pas de côte cervicale, mais un certain degré de spondylite des dernières vertèbres cervicales. Sur la même radiographie on peut constater une légère opacification de l'apex gauche. Ce malade revu dix mois plus tard présente toujours le même syndrome douloureux, mais en plus il tousse et il crache depuis quelques mois. Il a en outre maigri de 13 kilogs. A l'examen: le murmure vésiculaire a disparu, au sommet gauche. Il n'existe aucune modification pupillaire. Un examen radiographique pratiqué alors montre: une ombre dense et à contour net du sommet gauche avec un très léger épanchement; plusieurs ponctions exploratrices sont pratiquées, elles ramènent toutes un liquide très hémorragique et stérile en culture.

Etant donné l'augmentation d'intensité de la douleur et son extension dans le bras, une intervention chirurgicale est décidée. On se borne à pratiquer une résection costale suivie de radiothérapie profonde.

Obs. de Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 26)

Il s'agit d'un homme âgé de 43 ans qui entre dans le service le 9 novembre 1927. Onze semaines auparavant, au cours d'une crise d'asthme, il a présenté un état de faiblesse des membres inférieurs suivi trois semaines plus tard de douleurs lombo-sacrées irradiant dans le côté droit. Ces douleurs subissent des paroxysmes lors de la toux. Dans les antécédents de ce malade on note à l'âge de 3 ans une congestion pulmonaire ayant laissé comme séquelle les crises d'asthme dont se plaint depuis ce malade. A l'examen, nous constatons que le sujet est cyanotique et dyspnéique. Ses membres inférieurs présentent un état de faiblesse avec impression de dérochement, les réflexes rotuliens droits et achilléens gauches sont abolis. Les rotuliens gauches et achilléens droits sont au contraire vifs. Les cutanés abdominaux sont abolis; il existe un signe de BABINSKI gauche. On note en outre à l'examen du squelette une cyphose marquée. A l'examen respiratoire on note l'inspiration rude suivie d'une expiration prolongée. L'examen des crachats est négatif. L'état dyspnéique va en s'accroissant et le malade se cachectise. A l'autopsie, on note au niveau de la moelle un exsudat purulent au niveau de la 7^e vertèbre dorsale à gauche. Ce même exsudat purulent est retrouvé à droite au niveau de la deuxième lombaire. Au siège de ces points suppurés les os sont raréfiés. Le côté gauche du sacrum se trouve lui-même infiltré par une tumeur dont la section

donne issue à un liquide visqueux. Le poumon droit montre une énorme tumeur néoplasique allant du hile à la base:

Obs. de Romano et R. A. Eyherabide

et A. E. Bianchi (Obs. 27)

A. V., âgé de 38 ans, est classeur de laine. Il entre dans le service le 27 septembre 1928. Au point de vue antécédents, on note un enfant mort à deux ans de cause inconnue. Aucune fausse-couche chez sa femme. Au point de vue personnel, on note: rougeole à 6 ans, blennorragie à l'âge de 23 ans suivie d'orchite double. Quoique le malade nie tous antécédents syphilitiques, il suit régulièrement un traitement spécifique en raison d'une affection oculaire mal définie.

Histoire de la maladie: depuis un an, douleurs localisées au pied droit; douleurs de forme d'abord incideuses s'atténuant avec le repos et s'exacerbant à l'effort. Cette douleur peu à peu irradia vers le dos et fut suivie d'une douleur du même genre au niveau du membre supérieur droit. A ce moment-là on fit le diagnostic de névralgie et plusieurs examens radiographiques ayant été négatifs, de nouvelles séries de cyanure furent prescrites.

Depuis 15 jours, sensation de fourmillements au niveau des deux membres inférieurs avec dérobement des jambes empêchant la marche. L'examen électrique des membres inférieurs montre une grosse diminution de la force musculaire. 4 jours après la marche était absolument impossible. Un examen de la sensibilité montre une anesthésie complète à la douleur au niveau des membres inférieurs. Le malade présente en outre des

troubles de la miction et en un an a perdu 20 kgs. Un examen radiographique montre la région sus-claviculaire envahie par une tumeur importante. Cette ombre radiographique correspond d'ailleurs à une zone de matité constatée à l'examen clinique au niveau de l'hémi-thorax droit. Au point de vue examen de laboratoire : la réaction de BORDET-WASSERMAN est négative dans le sang, le malade présente une anémie notoire à 3.600.000 globules rouges. Un nouvel examen radiographique de la colonne vertébrale montre une décalcification très importante au niveau des premières vertèbres dorsales.

METASTASE ENCEPHALIQUE DANS LE CANCER DU POUMON

Ici la dissémination des métastases est entièrement régie par la distribution artérielle. Les métastases sont fréquemment multiples mais comme nous pourrons en juger par les observations qui vont suivre, elles se groupent toutes dans le domaine de la sylvienne. Dans une première phase, la localisation cérébrale de la tumeur pulmonaire doit manifester sa présence par des troubles essentiellement paroxystiques: parésies transitoires et crises épileptiformes. Ces phénomènes vraisemblablement provoqués par un spasme artériel surajouté, étant donné la durée des rémissions qui leur font suite. Dans une deuxième phase, nous allons voir apparaître les troubles paralytiques définitifs dans le domaine innervé par la zone encéphalique portant la métastase tumorale.

Obs. Troissier Monnerot et Dumaine (Obs. 28)

J. B., 55 ans, entre le 5 octobre 1929 à l'Hôpital BICLAT. On constate une parésie de l'hémiface et du bras gauche qui, d'après le malade, s'est installée à la suite de phénomènes convulsifs. Ce malade présente en outre une expectoration abondante et purulente. En arrière et à gauche, la respiration est diminuée et il existe une large zone de matité dans la région moyenne du poumon. Les vibrations vocales sont augmentées et quelques rares sous crépitants sont entendus. La température est à 38°, le pouls à 100, le sujet est amaigri ; au point de vue examen de laboratoire, les crachats sont négatifs et la réaction de BORDET-WASSERMAN négative. La radiographie montre une ombre dense occupant

presque tout l'hémithorax gauche, un pneumothorax échoue en raison des adhérences. Les crises convulsives persistant, le 23 novembre on pratique une trépanation dans la région pariétale et le malade meurt le lendemain. A l'autopsie, on trouve au niveau du cerveau un foyer d'encéphalite purulente occupant la frontale ascendante droite. Le poumon gauche présente plusieurs noyaux néoplasiques d'origine bronchique.

Obs. de Starling et Orlinski (Obs. 29)

Il s'agit d'un homme de 41 ans, qui consulte pour des céphalées tenaces avec vomissements et démarche ébrieuse. Trois mois auparavant, le malade avait présenté une brusque perte de connaissance suivie d'un profond sommeil. Cette crise narcoleptique s'était répétée quelques jours après. A l'examen, température 38°8, pouls à 66, la percussion crânienne révèle une douleur dans la région pariétale gauche, l'odorat est troublé du côté gauche, les pupilles sont inégales, la droite étant plus grande que la gauche, mais elles sont contractiles et régulières. L'examen du fond de l'œil montre une stase bilatérale nette. L'acuité visuelle se trouve diminuée. La réflectivité tendineuse est exagérée à droite, la sensibilité est normale ainsi que le tonus musculaire. Pas de signe de BABINSKI. La démarche est ataxique et titubante. Le psychisme est troublé: apathie et euphorie avec tendance aux réponses humoristiques. La radiographie du crâne révèle la dilatation légère de la scelle turcique. Un traitement radiothérapique provoque une aggravation rapide et le malade meurt subitement. A l'autopsie : cancer du poumon droit avec métastase dans le pôle postérieur du lobe occipital.

Obs. de Roger Poursines et Allies (Obs. 30)

O. R. S. Vincent, cordonnier, âgé de 42 ans, dans les antécédents duquel on ne trouve que de l'éthylisme, entre le 8 février 1932 à la clinique neurologique pour une hémiparésie droite précédée de crises BRAVAIS-JACKSONIENNES. Les crises se sont succédées au nombre de 5 ou 6, la première datant de 4 mois. Ces crises revêtent le type de spasmes cloniques n'intéressant que la face, mais suivis d'une monoplégie brachiale et d'une aphasie de vingt minutes de durée. Depuis la dernière crise, le bras droit est resté parésié et la jambe s'est prise à son tour. Lors de notre premier examen, l'hémiplégie permet encore la marche ; elle est surtout accentuée à la face et aux membres supérieurs. Elle s'accompagne d'une légère contracture avec exagération discrète des réflexes et abolition du cutané abdominal. Il n'y a pas de BABINSKI. Ce qui domine le tableau clinique, c'est un état d'asthénie extrême avec torpeur cérébrale gênant l'élocution quoiqu'il n'y ait pas de dysarthrie. Le malade présente encore des céphalées frontales violentes provoquant l'insomnie et durant depuis trois semaines. Nous portons d'emblée le diagnostic d'hypertension intracrânienne causée vraisemblablement par une tumeur cérébrale. Un examen du fond de l'œil ne montre aucune stase papillaire, le liquide céphalo-rachidien est absolument normal et sa tension est de 22 au manomètre de Claude en position couchée. Devant ces résultats troublants, et malgré un Fordet-Wasserman négatif, nous prescrivons un traitement spécifique qui ne fait qu'aggraver l'état de ce malade. Fin février, la paralysie faciale est complète ainsi que la paralysie du membre supérieur droit. La

force du membre inférieur droit se trouve très diminuée. Les réflexes tendineux sont vifs, mais il n'y a pas de BABINSKI. Trois crises Jacksoniennes sont constatées dans le service. La céphalée est toujours aussi intense, elle s'accompagne de vomissements et de constipation particulièrement opiniâtre. Par moments, le malade se trouve complètement désorienté dans le temps et dans l'espace, parfois subdélirant. L'amaigrissement se poursuit sans fièvre, l'auscultation ne révèle qu'une légère obscurité au sommet droit. Radiographie crânienne normale. Au mois de mars, le malade présente une violente crise délirante nécessitant la mise en place d'une camisole de force. A cette crise succède un état demi comateux avec gâtisme. A ce moment apparaissent de la raideur de la nuque et une paralysie des deux droits externes. Un nouvel examen du fond de l'œil montre l'existence d'un œdème papillaire léger, surtout marqué à gauche. Une trépanation fronto-pariétale gauche est pratiquée: aucune tumeur n'est visible, mais les circonvolutions rolandiques sont œdématisées. Le malade meurt dans le coma dans les 48 heures. Autopsie: épithélioma primitif du sommet droit avec métastase cérébrale multiple, au niveau du corps calleux à gauche; au niveau du lobe temporal gauche, au niveau du lobe frontal gauche. Il existe également un petit nodule à la partie supérieure du lobe fronto-pariétal droit. Un petit nodule est encore constaté dans la partie droite du cervelet.

Obs. de M. Roch (Obs. 31)

Il s'agit d'un homme âgé de 46 ans, entré dans le service pour hémiplégie gauche. Cette hémiplégie est incomplète, il y a seulement une très grosse diminution

dé force des deux membres gauche. Les réflexes tendineux sont exagérés de ce côté et le signe de BABINSKI est douteux. La sensibilité est normale mais il existe un certain degré de dysmétrie et de l'adiadococinésie. Ce malade toussait depuis longtemps. Il y a deux mois, à la suite d'un accès de toux, il a ressenti, à plusieurs reprises, de petits étourdissements. Il y a un mois, toujours à la suite d'accès de toux, il fit un ictus avec chute; c'est de ce jour que date son hémiplegie. Un taux d'urée de 0 gr. 86 fait penser à la possibilité d'urémie cérébrale. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une légère hyper albuminose à 0 gr. 40. Le BORDET-WASSERMAN est négatif. Du côté respiratoire, le malade tousse toujours, l'auscultation fait entendre quelques sibilances à la base droite, avec une zone importante de matité. Quelques bouffées de râles sous crépitants sont perçus après la toux. Une radiographie pulmonaire est pratiquée et montre à la base droite une ombre large opaque, dense, à contour net. L'expectoration rouillée, la cachexie du malade et l'apparition d'adénopathie, confirme le diagnostic du cancer du poumon. Nous pensons qu'il existe plusieurs métastases cérébrales.

Obs. de Robineau et Huguenin (Obs. 32)

M. F., 32 ans, qui avait toujours été bien portant auparavant est malade depuis trois mois. Le début des accidents fut brusque: perte de connaissance ayant duré demi-heure environ. Lorsqu'il reprit conscience le malade présentait une légère parésie du bras gauche qui dura deux ou trois heures et disparut progressivement. Depuis, la parésie réapparue à deux ou trois reprises et progressivement s'est installée une céphalée tenace,

exagérée par crises paroxystiques. Cette céphalée qui est généralisée lors des crises se trouve localisée dans la région fronto-pariétale droite pendant leurs intervalles. En même temps que la céphalée sont apparus des troubles de la vue, l'acuité visuelle baisse progressivement surtout du côté gauche. Certains jours le malade ne voit presque plus et les objets lui paraissent flous. Le malade a considérablement maigri et présente souvent des vomissements en fusée. Pensant à la possibilité d'une tumeur cérébrale, le malade est adressé à M. Robineau, en vue d'une intervention. L'examen neurologique révèle une légère déficience de la force musculaire du membre inférieur gauche, de ce côté le réflexe rotulien est diminué, le signe de BABINSKI est positif. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité, le malade présente une légère tendance à la déviation vers la droite dans la marche en étoile. Il n'existe pas d'ARGYLL ROBERTSON, quoique la pupille droite soit paresseuse. L'examen du fond de l'œil révèle une grosse hémorragie péripapillaire très marquée à droite. La vision est réduite au 6°. Le liquide céphalo-rachidien est très hypertendu : 85 au manomètre de Claude en position couchée. Un examen respiratoire pratiqué le 24 avril 1926 montre qu'il existe une matité de bois accompagnée d'abolition des vibrations et du murmure vésiculaire. Un souffle léger occupe la région biliaire. Une première ponction permet de retirer 1 litre 200 de liquide séro-fibrineux, contenant quelques rares polynucléaires mais pas de B. K. L'épanchement se reproduit très vite sans fièvre et l'on porte le diagnostic de cancer du poumon. D'ailleurs, une radiographie révèle l'opacité diffuse de tout l'hémithorax, surtout intense au niveau du sinus costo-diaphragmatique. Un traitement radio-

thérapique n'amène aucune amélioration et 4 ponctions pratiquées en 18 jours ont permis de retirer 3 litres 800 de liquide. La fièvre apparaît alors, l'état général s'altère rapidement et le malade meurt le 3 juillet. A l'autopsie, la plèvre droite est emplie de liquide et le poumon rétracté contre le hile se présente comme une masse dure ligneuse et blanchâtre infiltrant le médiastin. Au niveau du cerveau, une grosse tumeur du volume d'une noix occupe la région rolandique droite. Dans l'hémisphère gauche trois petits noyaux métastatiques : un frontal, un occipal, un en plein centre ovale.

Obs. de Paillas (Obs. 33)

Homme 58 ans, ayant une bronchite aiguë, se plaint d'une douleur dans l'épaule droite. Respiration et vibrations vocales diminuées à droite. Mouvements involontaires du tronc, du bras et de la jambe gauche à type choréïques. Réflexes un peu vifs. Radiographie, bronchectasie probable avec médiastinite. A l'autopsie, on découvre un cancer bronchique primitif du poumon droit. Il existe de gros noyaux métastatiques au niveau de la calotte pédonculaire.

Obs. de Paillas (Obs. 34)

Mon.. Marie, 45 ans, entre à la clinique neurologique le 27 juin 1925, pour crise BRAVAIS-JACKSONIENNES du membre inférieur droit, débutant par les orteils et se répétant à intervalles depuis plus de trois mois. Cette malade présente en outre une hémiparésie droite ayant succédé à ces crises. La malade accuse également des céphalées frontales gauche très violentes. L'examen montre une paralysie du membre inférieur droit contracturé en demi flexion. Il existe un signe de BABINSKI droit.

Le membre supérieur droit est légèrement parésié. Il existe quelques secousses cloniques du côté droit de la face. Le BORDET-WASSERMAN étant négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, nous pensons à la possibilité d'une tumeur cérébrale. Un examen du fond d'œil est pratiqué et ne révèle aucune stase papillaire. L'examen respiratoire permet de constater l'existence d'une zone de matité de la base droite avec obscurité respiratoire et abolition du murmure vésiculaire et des vibrations vocales. Reprenant l'interrogatoire, nous pouvons faire préciser au malade que les crises Jacksoniennes avaient été précédées d'une algie scapulaire droite accompagnée de toux intermittente. Une radiographie pratiquée aussitôt montre une masse volumineuse occupant la partie interne du poumon droit, l'opacité se continue en dehors avec celle du diaphragme. En raison des contours festonnés de l'image, le radiologiste porte le diagnostic de tumeur du poumon, avec épanchement pleural. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide citrin légèrement teinté de sang et présentant des cellules néoplasiques visibles à l'examen direct. Les crises épileptiques se reproduisent malgré l'administration de gardénal et la famille emporte le malade dans cet état.

Obs. L. Marchand et P. Courbon (Obs. 35)

Mme H., âgée de 55 ans, entre à l'Asile de Vaucluse le 30 mai 1927. Malade depuis 1920, a déjà fait plusieurs séjours dans les asiles spécialisés. En mai 1930, on constate une petite tumeur susorbitaire qui, en novembre, est du volume d'une petite pomme et indolore. Il n'y a pas de céphalée, rien aux yeux ni aux pupilles. En février 1931, la malade revient du service chirurgical

complètement impotente, avec le diagnostic de cancer de la dure-mère. Il existe une exophtalmie droite avec nystagmus vertical. Le regard vers la gauche est paralysé. Les pupilles sont mydriatiques. Il existe quelques vertiges, aucune paralysie des membres. La parole devient de plus en plus pâteuse, apparition de gâtisme. Le liquide céphalo-rachidien est clair et ne présente rien de particulier. En mars l'œil droit est presque luxé en avant. La malade meurt le 15 mars 1931. L'autopsie montre le sommet du poumon droit infiltré par une tumeur épithéliomateuse. Il existe de nombreuses métastases dure-mériennes, cérébrales et protubérentielles.

Obs. Labbé et Boidin (Obs. 36)

P., livreur, âgé de 49 ans, entre le 24 août 1903, à l'Hôpital Cochin, se plaignant de maux de tête et de vomissements, ayant fait leur apparition 15 jours auparavant et sans cause connue. Le malade n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel intéressant à noter. A l'examen, on trouve le malade couché en chien de fusil, reposant indifféremment d'un côté ou de l'autre, il se couche la tête très basse, se plaignant de céphalée atroce dès qu'il la relève. La céphalée est constante, tenace et localisée au côté gauche de l'occiput. Les vomissements sont fréquents et faciles, le malade est constipé, on ne décèle aucun trouble parétique au niveau des membres, il n'existe aucun trouble sensitif, les réflexes sont normaux. Le malade présente un état de torpeur sans cesse croissant. La vue est normale, les pupilles myotiques, égales, accommodant bien à la lumière et à la distance. L'examen du fond d'œil dénote un faible degré de stase papillaire. Le pouls ralentit bat, entre 50 et 60. On porte le diagnostic de tumeur

cérébelleuse. Le malade meurt dans le marasme le 15 septembre. Autopsie: poumon droit adhérent à la plèvre, masse ganglionnaire au niveau du hile. Examen histologique: carcinome alvéolaire, cervelet: toute la partie centrale du côté gauche est formée par un kyste bien limité dont la paroi est formée de cellules carcinomateuses.

Obs. R. Garcia et R. Huguenin (Obs. 37)

Malade de 55 ans, vu en mai 1932 pour hémiplégie droite et aphasie de BROCA. Pas de syphilis, tension artérielle et urine normale. L'examen du fond de l'œil et la ponction lombaire ne révèlent rien d'intéressant. Quelques jours après le malade présente un assoupissement insolite suivi d'état subcomateux avec exagération des réflexes et signe de BABINSKI bilatéral. Ces signes se dissipent en une huitaine de jours. Au mois d'août le malade ne présente qu'une légère exagération des réflexes et une ébauche de BABINSKI. Le malade est amaigri et subfébrile. La radiographie révèle l'existence d'une masse arrondie dans le poumon droit. On porte le diagnostic de cancer du poumon avec métastase cérébral. L'état du malade continue à décliner et en septembre, apparaît un syndrome d'hypertension intracrânienne en même temps que l'hémiplégie droite reprenait son intensité première. Le malade mourut en octobre sans que l'on put décèler la moindre anomalie stéthoscopique au niveau des poumons.

Obs. Brouardel Renard et Lotte (Obs. 38)

S., 55 ans, se présente avec une hémiparésie droite ayant succédé à une crise Jacksonienne dont le début se fit brusquement, sans aura ni perte de connaissance,

par une contracture du bras droit suivie de mouvements convulsifs. Plusieurs crises se succédèrent pendant 4 heures, d'abord brachiales puis irradiées à l'hémiface. Le malade accuse une céphalée intense et présente quelques vomissements, les réflexes sont vifs mais il n'y a pas de Babinski ni contracture. Syphilis en traitement depuis 20 ans. Cœur normal. Poumon : légère submatité du poumon droit, attribuée à une pleurésie ancienne. Les crises BRAVAIS-JACKSONIENNES se multiplient, il s'installe une hémiplegie complète, la contracture apparaît ainsi que des troubles de l'élocution et de la mémoire. L'examen du fond de l'œil est normal. On porte le diagnostic de tumeur intracrânienne par néoplasme ou gomme syphilitique. L'état général décline rapidement et au moment de la mort l'hémiplegie est complète, la parole difficile et les sphincters sont incontinents. Autopsie : cerveau congestionné à gauche, zone indurée, grise de la grosseur d'une noix. Le poumon présente une masse indurée à limite nette occupant le tiers supérieur du poumon droit.

Obs. Baruk (Obs. 39)

G., âgé de 45 ans, charbonnier consulte en 1924 pour crises convulsives localisées au côté droit du corps et pour faiblesse de ce côté. Le 1^{er} avril 1924 en se levant le malade ressent une sensation de fourmillements dans les doigts de la main droite. Immédiatement après débutent des secousses cloniques affectant successivement le membre supérieur droit et le membre inférieur du même côté. Le malade ressent ensuite « un bruit de moteur » dans les oreilles suivi immédiatement de perte de connaissance. On lui a dit par la suite que sa face était convulsée durant cette crise. Il revint à lui au

bout de deux ou trois minutes mais ne put d'abord parler. La parole ne lui revint que quelques minutes plus tard. Quatre crises analogues se reproduisirent durant la même matinée. Elles furent suivies de faiblesse du bras droit et, bien qu'à un degré moins marqué, de la jambe droite. Cette faiblesse des membres dura deux jours. Le 7 janvier 1924, après quelques heures de mal de tête, une nouvelle crise se produit avec début brachial qui dura quelques minutes. Après cette nouvelle crise, le malade reste fatigué, il se plaint de céphalée rebelle lui empêchant de reprendre ses occupations. Depuis cette date, le malade très affaibli ressent à plusieurs reprises les prodromes habituels de sa crise, mais il peut l'arrêter en se serrant fortement le bras. Le 8 novembre, à la suite d'une nouvelle crise, s'installe une paralysie complète de tout le côté droit qui dure un quart d'heure, mais qui laisse une parésie persistante de ce côté. Les crises continuent à se reproduire avec les mêmes caractères, la céphalée persiste, plus marquée après les repas; il n'y a pas de vomissement. Le 15 janvier 1925 le malade entre à la Salpêtrière. On apprend que, depuis 1915, il présentait des troubles pulmonaires. A cette date, il a eu, en effet, une pleurésie, et depuis lors il tousse. Il a présenté plusieurs hémoptysies et, depuis 1915, a maigri de 10 kgs. Son état général actuel est médiocre, il est fébrile et anorexique. En janvier 1925, le malade présente une hémiplégie droite prédominant aux membres supérieurs. Il n'y a pas de trouble de la parole, mais des troubles de l'idéation. La céphalée est continue, les sueurs sont abondantes et le malade est fébrile. A l'examen respiratoire on trouve à droite une base absolument mate et un sommet submat. Le mur-

ture vésiculaire est abolie dans la zone mate. Quelques craquements sont perçus au sommet. L'expectoration purulente fourmille de B. K. La mort provient par cachexie progressive en même temps que s'exagéraient les troubles mentaux révélateurs d'une tumeur cérébrale.

Autopsie: le poumon droit est recouvert d'une épaisse carapace pleurale. De cette carapace partent de nombreux bourgeons qui s'infiltrèrent dans le moignon pulmonaire. Cerveau: tumeur de la circonvolution limbique s'étendant au lobule paracentral et à la frontale ascendante. Il existe également un nodule du bourrelet du corps calleux. L'examen histologique révèle qu'il s'agit d'un épithélioma pulmonaire.

Obs. Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 40)

Malade âgé de 37 ans, admis en avril 1927 pour céphalée, vomissements et point de côté droit. En février 1928, conduisant sa voiture, le malade s'aperçut que sa jambe droite présentait des trémulations. De nombreuses crises convulsives du côté droit se produisent. Ce malade était d'une intelligence normale et présentait une parole un peu hésitante. Ses bras et jambes droits étaient hypotoniques. Les réflexes tendineux du membre supérieur droit sont exagérés. En mai 1927, le malade se présente comme un hémiplégique droit avec aphasie. Un examen du fond de l'œil révèle alors l'existence d'un œdème de la papille. Le malade meurt en août 1927.

Autopsie: au niveau de la pariétale gauche existe une hernie molasse contenant une tumeur. Cinq autres tumeurs semblables sont trouvées dans les régions tem-

porales et occipitales. Au niveau du poumon on trouve une masse néoplasique blanchâtre dans le lobe supérieur gauche. Histologiquement, il s'agit d'un cancer bronchique avec métastase encéphalique.

Obs. Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 41)

Homme 57 ans, vu pour la première fois en novembre 1927, il se plaint de douleurs scapulaires droites. On note dans les antécédents que ce malade avait présenté dix mois auparavant un épisode dit grippal et caractérisé par : maux de tête, état dépressif accompagné, à l'auscultation, de râles du sommet droit. Cinq mois plus tard, ce malade avait eu une pleurésie. La radiographie montrait un épaississement pleural de la base. A l'examen actuel, ce malade très affaibli, se présente avec un faciès de parkinsonien, mais il n'a pas de trouble de la parole. Son idéation est lente, l'acuité visuelle est normale ainsi que son fond de l'œil. La motilité oculaire est défectueuse et le malade présente un ARGYLL. ROBERTSON inversé. Il présente en outre quelques trémulations de la langue. La force segmentaire est très diminuée au niveau des membres supérieurs et inférieurs droits. Les réflexes sont normaux. Il existe un signe de BABINSKI droit. L'examen somatique est négatif. On porte le diagnostic de Parkinson post encéphalitique. Le malade sombre soudainement dans le coma 15 jours après et meurt dans les 24 heures.

Autopsie: les circonvolutions cérébrales sont épaissies, 7 noyaux tumoraux différents sont trouvés au niveau du pont de Varolle. Le poumon droit présente une masse néoplasique très importante à point de départ hilair.

Obs. R. Fergus Ferguson M. D. Manch (Obs. 42)

Homme 34 ans, se plaint le 8 février 1928 de sensations de déroboement des jambes et douleur du côté droit. Ce malade d'aspect florissant présente une intelligence normale. A l'examen, on constate l'existence d'une paralysie faciale gauche avec inégalité pupillaire: O. G. plus grand que O. D. La force segmentaire des membres supérieurs et inférieurs gauches est très diminuée. Les réflexes sont normaux. La démarche mal assurée, le malade présente une tendance nette à la déviation vers la gauche. Le 23 février 1928, le malade se plaint d'un point de côté droit et présente une élocution des plus difficiles. A l'examen, on note l'apparition d'un nystagmus très net ainsi qu'un signe de BABINSKI à droite. Le malade meurt le 30 mars. A l'autopsie, on constate l'existence de deux tumeurs provenant des tables externes et internes de la région fronto-pariétale droite. Les méninges sous-jacentes sont épaissies et opalescentes.

Histologie: il s'agit d'un carcinome épithélio-bronchique.

Obs. Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 43)

Homme 56 ans, admis à l'Hôpital le 21 mai, pour perte de la mémoire et étrangeté du comportement d'autant d'un mois environ. A l'examen, on note une difficulté dans l'attention. La pupille gauche est plus grande que la droite. Il existe du nystagmus dans le regard latéral. Le malade présente du tremblement intentionnel. Le réflexe cutané abdominal gauche est très diminué tandis que le rotulien gauche se trouve exagéré. Le signe de BABINSKI est positif à gauche. Le malade tousse et se plaint d'un point de côté droit. A l'Hôpital, le

malade a présenté 2 pertes de connaissance suivies de pertes de souvenir. Un nouvel examen révèle l'existence d'un signe de BABINSKI bilatéral. Une ponction lombaire montre une légère hyper-albuminose. Le malade meurt peu après et, à l'autopsie, on constate l'existence de deux tumeurs cérébrales, l'une de la région frontale droite, l'autre de l'hémisphère cérébelleux gauche. Le poumon droit présente une grosse tumeur de la base.

Obs. Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 44)

Homme 48 ans, vu en janvier 1929. Ce malade avait eu sept ans auparavant une pleurésie. Depuis 6 mois se plaint de céphalée occipitale, avec vomissement, affaiblissement de la mémoire, impossibilité de lire et d'écrire, marche difficile. Actuellement, le malade cachectique présente de l'incontinence d'urine et des matières. Il existe en outre un œdème papillaire constaté à l'examen du fond de l'œil. La réflectivité est augmentée, il existe un signe de BABINSKI à droite. Le test de l'aphasie révèle des erreurs dans la reconnaissance des objets, la lecture et l'écriture sont impossibles. En janvier 1929, une décompression temporale gauche permet de vérifier l'existence d'une tumeur. Le malade meurt peu après et à l'autopsie on constate l'existence d'une grosse tumeur de l'hémisphère gauche n'adhérant pas à la faux et se faisant un lit dans le cortex. Le poumon gauche adhérerait à la colonne vertébrale près du hile et le lobe inférieur présentait une tumeur carcinomateuse.

Obs. Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 45)

Malade de 43 ans, admis à l'Hôpital en juin 1928, ce malade se plaint de maux de tête avec vomissements et

hallucinations visuelles dans le champ visuel droit. Depuis plusieurs mois ce malade présente une voix couverte et tousse. Il est cependant floride, et l'examen du fond de l'œil révèle l'existence d'un œdème papillaire bilatéral. Il existe un certain degré de parésie faciale. On note également un léger tremblement dans le membre supérieur droit. Le malade présente à l'Hôpital plusieurs crises nerveuses. Il meurt le 17 juillet et l'autopsie révèle l'existence d'une petite tumeur lobulée dure et blanchâtre de la région frontale droite. Le lobe supérieur du poumon droit présente une tumeur carcinomateuse bien délimitée.

Obs. Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 46)

Il s'agit d'un homme de 49 ans, admis à l'Hôpital en avril 1929 pour crise Bravais-Jacksonienne localisée au côté gauche. Ce malade tousse en outre depuis quelque temps. A l'examen, on note : un certain degré de dysarthrie. L'idéation est normale, les pupilles sont irrégulières, elles réagissent bien à l'accommodation et sont paresseuses à la lumière. Le malade présente de la diplopie et du nystagmus dans le regard latéral droit. Le membre supérieur gauche est complètement paralysé, les réflexes tendineux sont exagérés et les cutanés abdominaux abolis. Le signe de BABINSKI est douteux. Le sens stéréognosique est perdu. 2 jours après son admission, le malade se trouve dyspnéique et accuse une vive douleur dans l'épaule gauche. L'examen montre une base gauche mâte avec diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire. Il n'y a pas de bruits surajoutés. 2 semaines plus tard les signes respiratoires ont disparu, mais les signes neurologiques restent inchangés. Le malade meurt le 5 mai.

A l'autopsie: tumeur du lobe supérieur du pounon droit. Au niveau du cerveau, on trouve une tumeur du lobule paracentral droit avec foyers hémorragiques sous-jacents.

Obs. Babonneix, Halphen et Mlle Wilm (Obs. 47)

B. Valentine, 51 ans, entre à l'Hôpital Saint-Louis le 23 mai 1932, pour un enrouement datant du mois de mars. La malade présente également un état de dysphagie. Une examen larýngologique montre l'existence d'une paralysie de la corde vocale et de l'hémivoile gauche. On conclue alors à un syndrome d'AVELLIS. L'amaigrissement est progressif, l'anorexie complète, la tension artérielle de 13,8 au Vaquez. L'examen neurologique révèle l'existence de quelques troubles cérébelleux; démarche hésitante avec tendance à la perte d'équilibre, incoordination, dysmétrie, adiadococinésie. Ces troubles d'abord localisés à droite deviennent bilatéraux. Les réflexes ne sont pas modifiés. Le fond d'œil est normal. La ponction lombaire pratiquée montre un liquide xantochromique. Le taux d'albumine est de 0 gr. 80. Le BORDET-WASSERMAN est négatif. Peu à peu apparaît la céphalée. L'examen du fond de l'œil pratiqué à intervalles réguliers montre un œdème papillaire progressivement croissant, un nouvel examen larýngologique est pratiqué le 23 mai 1932. Il montre :

- 1° Paralysie du glosso-pharyngien gauche ;
- 2° Paralysie de la moitié gauche du palais ;
- 3° Paralysie complète de la corde vocale gauche ;
- 4° Une paralysie de la branche externe gauche du spinal ;
- 5° Une diminution de l'acuité auditive du côté gauche.

Les réflexes vestibulaires sont fortement diminués à gauche et font admettre l'origine centrale de la surdité. Une trépanation décompressive est alors décidée. Cette intervention est pratiquée le 13 juin et le malade se trouve soulagé. L'amaigrissement se poursuit inexorablement, la dysphonie et la dysphagie persistent toujours. A la partie interne du creux sous-claviculaire gauche apparaît une tuméfaction indolente. Plusieurs syncopes surviennent et le malade meurt dans le coma le 28 juin. L'autopsie montre : au niveau du poulmon gauche une zone blanchâtre mal limitée laissant sourdre à la coupe, un liquide abondant. Au niveau du crâne on note sur sa face interne plusieurs masses végétantes, polypiformes de couleur jaunâtre, adhérentes et obstruant à gauche le conduit auditif interne et le trou déchiré postérieur.

Comme nous pouvons en juger par la lecture de ces dernières observations, les manifestations neurologiques dues au développement encéphalique d'une tumeur pulmonaire sont extrêmement polymorphes. Cette extrême variété symptomalogique est due au fait que ces métastases se produisent dans un domaine vasculaire des plus vaste. Nous devons cependant reconnaître que cette diversité clinique est plus apparente que réelle. Nous voyons en effet dans chaque cas se succéder les deux phases classiques de phénomènes paroxystiques prémonitoires et de paralysie définitive dans le domaine intéressé; un autre lien d'unité nous est fourni par ce fait que nous avons déjà signalé, c'est que toutes ces métastases se produisent dans le domaine de la sylvienne, les métastases cérébelleuses n'étant qu'une rare exception.

METASTASES MIXTES

RACHIDIENE ET ENCEPHALIQUE

Comme nous pourrons en juger dans les quelques observations qui vont suivre, nous pouvons retrouver chez le même malade juxtaposés les signes caractéristiques de l'atteinte tumorale rachidienne et encéphalique. Ces formes tumorales différentes ayant toutes le même point de départ, à savoir un carcinome pulmonaire.

Obs. Fergus R. Ferguson M. D. Manch (Obs. 48)

Il s'agit d'un homme de 21 ans qui 5 mois avant son admission à l'Hôpital a présenté un traumatisme du dos qui lui fit garder le lit durant 7 jours. 3 mois plus tard ce malade a présenté de la diplopie bientôt suivie de faiblesse des membres inférieurs. Actuellement, ce malade d'état général médiocre, est dyspnéique et légèrement cyanotique. A l'examen, on constate une paralysie complète du nerf moteur oculaire externe droit. Il existe en outre du nystagmus dans le regard latéral droit. Le membre supérieur droit est ataxique. Il existe également une paralysie complète des membres inférieurs. Les réflexes sont vifs. Les cutanés abdominaux sont absents. Il existe un signe de BABINSKI positif à droite. Perte complète de la sensibilité à tous les modes au-dessous du huitième segment dorsal à droite et du dixième à gauche. A l'examen respiratoire, on note une base gauche mate avec ronchus disséminés et rudesse respiratoire. 2 semaines après son admission, on trouve des signes de condensation du sommet droit. La radiographie montre une opacité intense du sommet droit

En décembre 1927, la parésie de la 6^e paire avait régressé quoique le malade accuse toujours la diplopie. Le malade meurt en février 1928.

Autopsie: une énorme tumeur occupe le hile du poumon droit et se continue avec une masse néoplasique vertébrale au niveau des 7^e et 8^e vertèbres dorsales. Au niveau du crâne une masse particulièrement développée se trouvait entre la pie-mère et l'occipital juste en arrière et à droite du trou occipital. De nombreuses tumeurs sessiles étaient disséminées entre les os du crâne et la dure-mère.

Obs. de Decourt et Huguenin (Obs. 49)

Un homme de 37 ans vient à l'Hôpital de la Salpêtrière le 9 juin 1926, se plaignant de céphalée, douleurs vertébrales et faiblesse des membres inférieurs. Depuis février 1926, ce malade accusait des crises asthmatiformes fréquentes. Ces crises auraient cessé au mois d'octobre après intervention pour ablation d'un cornet hypertrophié. Mais alors, la toux est apparue, quinteuse, et sans expectoration. En janvier 1926, le malade aurait eu une pleurésie non confirmée par la ponction ou la radiographie. Depuis 15 jours, douleur thoracique gauche inrradient dans les flanes et jusqu'au niveau du genou. Ces crises douloureuses sont de durée variable, allant de 1 heure à toute la durée de la nuit. Elles sont souvent accompagnées de céphalée localisée à la partie droite du crâne. Le malade n'a jamais présenté de vomissement, mais urine difficilement. De temps à autre, il éprouve une sensation de dérochement de son membre inférieur gauche. La force segmentaire est conservée, la pression vertébrale met en évidence des points douloureux au niveau des 7^e et 8^e vertèbres dor-

sales. Ces points douloureux irradient selon les espaces intercostaux. Au niveau de la cuisse gauche la pression décecle une douleur sur une ligne verticale partant de deux travers de doigt au-dessous du grand trochanter, et descendant jusqu'à la moitié de la face externe de la cuisse. Les réflexes achilléens et médioplantaires sont abolis à droite. Par contre, les rotuliens et tibio-fémoraux postérieurs qui sont normaux à droite sont très diminués à gauche. Les réflexes cutanés sont corrects et il n'existe aucun trouble de la motilité volontaire. Du côté des nerfs craniens on met en évidence une hémiparésie de la langue qui, tirée vers l'extérieur, se trouve déviée vers la droite. Les réactions pupillaires sont normales ainsi que l'examen du fond de l'œil. L'examen respiratoire révèle une base droite mate avec diminution du murmure vésiculaire. Une radiographie de la colonne vertébrale montre un rachis normal. Par contre, un cliché thoracique montre une masse sombre occupant les 2/3 inférieurs de l'hémithorax droit. Au mois de juillet, les douleurs ont augmenté d'intensité, tout sommeil est impossible, une circulation collatérale sous-claviculaire droite est apparue. La dyspnée est intense et le malade dit avoir le côté droit pris dans un étau. Le 16 juillet, la dysphagie se fait jour et le malade présente un état cyanotique en pélerine. Les signes de condensation pulmonaire se précisent de jour en jour, l'amaigrissement évolue vers la cachexie véritable. Une ponction lombaire pratiquée ne montre qu'une légère albuminose et le malade meurt dans le marasme le plus complet.

Autopsie: énorme cancer occupant le pôle inférieur du poumon droit. La moelle montre une métastase annulaire de 4 cm. de hauteur dans son segment dorsal

inférieur. Le cerveau présente un nodule métastatique dans le lobe orbitaire droit et un autre dans le lobe frontal gauche.

Obs. de Globus et Selinski (Obs. 50)

Un homme de 44 ans vient consulter pour bourdonnements d'oreille datant de 6 mois. Depuis 1 mois ce malade présente en outre une voix bitonale, des douleurs interscapulaires de la céphalée tenace avec trouble de la vision et obnubilation intellectuelle. A l'examen, ce malade se présente comme un sujet amaigri, il existe de l'inégalité pupillaire avec ptosis de la paupière droite. Par les épreuves classiques on peut mettre en évidence un certain degré de parésie faciale. Il existe également une légère parésie brachiale gauche. Les réflexes rotuliens sont abolis. Un examen laryngologique montre la corde vocale gauche paralysée en position cadavérique. La surdité de l'oreille gauche est complète, l'examen du fond de l'œil ne met en évidence aucune stase papillaire. L'affection évolue sous le masque d'un syndrome méningé rapidement fatal.

A l'autopsie: infiltration diffuse de la moelle, des méninges, du cortex cérébral ainsi que du nerf oculaire commun gauche par des métastases carcinomateuses d'origine bronchique.

Les manifestations neurologiques du cancer du poulmon revêtent donc un double intérêt que nous devons envisager successivement pour les manifestations nerveuses locales et pour les manifestations neurologiques d'ordre métastatique.

Comme nous l'avons déjà signalé, c'est par l'atteinte des nerfs traversant l'orifice supérieur du thorax que nous serons souvent aiguillés vers le diagnostic de tumeur pulmonaire. Les manifestations nerveuses prenant dans la majorité des cas le pas sur les manifestations proprement respiratoires.

Les manifestations neurologiques d'ordre métastatiques sont tout au moins aussi importantes. En effet, en dehors de l'intérêt clinique que nous avons essayé de dégager au cours de cette étude, qu'il nous soit permis de rapporter que, selon les statistiques de GLOBUS et SELINSKI, 14 p. 100 des cancers du poumon ont des métastases nerveuses et que 20 p. 100 des tumeurs cérébrales secondaires proviennent de cancer du poumon.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE, MENEGAUX, DEMIRLEAU et LEMOINE. — *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 7-2-1936.
- AUCHEL. — Thèse.
- ARNAUD et J. E. PAILLAS. — *Provence Radico-Chirurgicale*, 15 juillet 1939.
- BEHIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 1867, p. 177.
- BARUK. — Thèse.
- BABONNEIX, HALPHEN et Mlle WILM. — *Soc. d'O. R. O. de Paris*, 10-11-32, *Rev. d'O. N. O.*, n° 2, février 1933.
- E. BERNARD. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 11-5-36.
- L. BERNARD et H. MARIE. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 13-12-29.
- BEZANCON et OUMANSKI. — *Le Bulletin Médical*, 27-6-31.
- BOURIANES. — Thèse Toulouse 1936.
- BROUARDEL RENARD et LOTTE. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 12-3-26.
- BULLETIN DU CANCER. — Février 1928.
- CARNOT LABBITE et BONIS. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 24-2-36.

Mlle COTIN, CRANER et SALOZ. — *Annales de Médecine*, 1920.

COURCOUX et LEREBOULLET. — *Archives Médico-Chirurgicales de l'appareil respiratoire*, n° 6, 1931.

DECOURT et HUGUENIN. — *Annales d'Anatomie patho.*, février 1927.

DESCHAMPS et VIALARD. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 16-1-1931.

DUCUING. — *Précis de Cancerologie Masson*, 1932.

FERGUSSON et ROES.

FROMENT et A. GUICHARD. — *Lyon Médical*, 14-10-34.

GARCIN et HUGUENIN. — *Revue Neurologique*, juillet 1935.

GEORGES. — Thèse Paris 1928.

GLOBUS et SELINSKI. — *Archv. of Neur and Psych.*, 4-27.

GOURC. — Thèse Toulouse 1933.

G. GUILLAIN et J. STERNE. — *Annales de Médecine*, 40, 13-7-36.

HUGUENIN. — Thèse Paris 1928.

JEAN Maurice. — Thèse Montpellier 1920.

LABE et BOLDIN. — *Soc. Anatomique*, 1903.

LAPORTE, MOREL et LABRO. — *Toulouse Médical*, 6-35.

LEREBOULLET.

LORTAL JACOB. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 6-22.

MALLET. — *Gazette des Hôpitaux*, 25-6-36.

MARCHAND et COURBOU. — *Annales d'Anatomie path.*,
7-37.

MENETRIER. — *Nouveau Traité de Médecine Thérapeu-
tique* dirigé par Gilbert et Thoinot.

MERLIN DEMAS. — Thèse Toulouse 1928.

MONIER VINARD et BRUNEL. — *Bulletin Soc. Médicale
des Hôpitaux de Paris*, 22-3-37.

PARDIEL et BREA. — *Semana Méd.*, 7-9-33.

PAILLAS. — Thèse Marseille 1933.

HENRI PANCOAST. — *Américan Medical Association*,
1-11-24, n° 18.

PAQUET (de Québec). — *Arch. Méd. Chirurg. de l'appa-
reil respiratoire*, n° 5, 1935.

PAVIOT, DECHANNE et CHEVALIER. — *Soc. Méd. des Hôpi-
taux de Lyon*, 6-29.

PILOT. — Thèse Lyon 1927.

POUYET. — Thèse Lyon 1927.

M. REICHMANN. — Franckfort-sur-Mein, 1923.

ROCH. — *Presse Médicale*, mai 1938.

ROLLAND. — *Pratique Médicale Française*, 12-24.

ROGER POURSINES et ALLIEN. — *Gazette des Hôpitaux*,
juillet 1932.

RICALDONI. — *Anales de la Facultad de Medicina Mon-
tevideo*, 1918.

ROMANO R. A., EYHERABIDE et A. E. BIANCHI. — *Revista de la Soc. de Médec. Int.*, novembre 1929, n° 3.

SCHROEDER. — *New-York Medical Journal*, 1923, p. 628.

SERGEANT. — Les grands syndromes respiratoires.

SERGEANT. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, janvier 1930.

SERGEANT, DURAND, KOURILSKI, RACINE et TURIAY. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 24-11-36.

SERGEANT et GEORGES. — *Presse Médicale*, avril 1928.

SERGEANT, MIGNOT, DURAND, KOURILSKI et BENDA. — *Arch. Méd. Chir. de l'appareil respiratoire*, 1931.

STTARLING et ORLINSKI. — *Société de Nouro.*, 3-1933.

Y. TAPIE. — *Soc. de Méd. Chir. et Pharm. de Toulouse*, 2-1929.

TROISIER, MONNEROT et DUMAINE. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, décembre 1929.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu
la thèse ayant pour titre :

DES FORMES NEUROLOGIQUES
DU CANCER DU POUMON

par Émile COURBETTE

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.
Montpellier, le 15 Septembre 1939

Le Professeur : GIRAUD

Vu :
Montpellier, le 15 Septembre 1939
Le Doyen : EUZIERE

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 Septembre 1939
Le Recteur : PARISELLE

TABLE DES MATIÈRES

I. — AVANT-PROPOS	9
II. — Manifestations neurologiques du cancer du poumon par développement local de la tumeur	12
a) <i>Atteinte du nerf phrénique</i>	15
b) <i>Atteinte du nerf récurrent</i>	17
c) <i>Atteinte du sympathique</i>	21
d) <i>Atteinte mixte des nerfs phrénique et récurrent</i>	23
e) <i>Atteinte mixte des nerfs phrénique et sympathique</i>	27
III. — Manifestations neurologiques d'ordre métastatique dans le cancer du poumon .	35
a) <i>Métastases rachidiennes</i>	36
b) <i>Métastases encéphaliques</i>	51
c) <i>Métastases mixtes rachidiennes et encéphaliques</i>	70
IV. — Considérations générales sur les formes neurologiques du cancer du poumon.	74

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

